

pieczęć jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Data



INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Nazwisko)																											
(Imię)														(Nr ewidencyjny PESEL)													

Ostateczne rozpoznanie:

--	--	--	--	--

(wg ICD-10)

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego:

1. wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej
.....(specjalność)
2. nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej
.....(specjalność)
3. wydano skierowanie na hospitalizację*

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie
diagnostyki.....

.....

.....

.....

.....

2. w zakresie farmakoterapii

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. inne

.....
.....
.....
.....

* *potrzebne zakreślić*

*Data, podpis i pieczęć wykonującego
świadczenie*